

LA HERNIE INGUINALE

DE LA

TROMPÉ DE FALLOPE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1919

PAR

Charles MARSILY

Né à Bastanico (Corse), le 17 février 1883

MÉDECIN AIDE-MAJOR DE 1^{re} CLASSE DES TROUPES COLONIALES
DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE ET DE LA MÉDAILLE COLONIALE (A. O. F.)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la thèse

{ FORGUE, professeur, *président*.
ESTOR, professeur.
RICHE, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

{ *Assesseurs.*



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919

LA HERNIE INGUINALE

DE LA

TROMPE DE FALLOPE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555617_0037

LA HERNIE INGUINALE

DE LA

TROMPE DE FALLOPE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1919

PAR

Charles MARSILY

Né à Bustanico (Corse), le 17 février 1883

MÉDECIN AIDE-MAJOR DE 1^{re} CLASSE DES TROUPES COLONIALES
DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE ET DE LA MÉDAILLE COLONIALE (A. O. F.)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la thèse

{ FORGUE, professeur, *président*.
ESTOR, professeur.
RICHE, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

{ *Assesseurs.*



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*)	DOYEN.
SARDA (*)	ASSESSUR.
IZARD	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. FEDENAT (O *)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*)
Physique médicale.....	IMBERT (*)
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O *)
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *)
Physiologie.....	HEDON (*)
Histologie.....	VIALLETON
Pathologie interne.....	DUCAMP (*)
Anatomie.....	GILIS (*)
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (*)
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*)
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H)
Clinique médicale.....	RAUZIER (*)
Clinique obstétricale.....	VALLOIS
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (*)
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (☿)
Chimie médicale.....	DEBRIEN
Microbiologie.....	N...
Clinique médicale.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DR ROUVILLE, MOURET, VEDEL

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DR ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, prof.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU (O ☿) a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN ☿, a. l. (c. c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé
Matière médicale.....	DESMONTS. (ch. de c.)
Microbiologie.....	CABANNES, agrégé.
Stomatologie.....	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.).
	WATON ☿ (☿) docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIÈRE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELT (*)	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT	EUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL ☿ ☿).	J. DELMAS (☿).	PECH ☿ (ch. d'agr.).
RICHE.	RIMBAUD ☿	

Examineurs de la thèse

MM. FORGUE, professeur, *président*.
ESTOR, professeur.

MM. RICHE, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de profonde reconnaissance.

A MA SŒUR ET A MES FRÈRES

A MES NIÈCES ET NEVEUX

A TOUS MES PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-FRÈRE
LE CAPITAINE MARC-AURÈLE TADDEI
du 61^e Régiment d'Infanterie
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
Tombé glorieusement à Verdun

MEIS ET AMICIS

C. MARSILY.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

A MON JURY DE THÈSE

A TOUS MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

C. MARSILY.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, notre pensée se reporte vers les années heureuses de notre jeunesse, vers les dures mais consolantes années de notre longue campagne militaire.

Interrompue par la guerre, notre scolarité nous apparaît couronnée cependant par ce rude apprentissage du « Devoir », mot sacré qui résume pour nous toutes les qualités morales du médecin.

C'est avec joie et confiance que nous embrassons la carrière qui s'ouvre devant nous.

Qu'il nous soit permis de remercier ici tous nos maîtres de la Faculté de médecine et tout particulièrement Monsieur le professeur Forgue qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

Que nos camarades d'études reçoivent aussi en cette solennelle occasion, l'assurance renouvelée de notre affectueuse amitié.

A tous nos camarades de combat, à ceux qui tombèrent près de nous sur la terre de France ou sur la presqu'île aride des Dardanelles, à ceux qui, dans les contrées sauvages du Soudan furent nos amis dévoués, nous adressons notre souvenir profondément ému.

Que la glorieuse leçon du passé, que les exemples de la grande guerre nous soient toujours présents, et qu'il nous soit donné de remplir consciencieusement notre tâche,

LA HERNIE INGUINALE

DE LA

TROMPE DE FALLOPE

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

Les hernies des organes génitaux sont des phénomènes rares. Au début, elles étaient étudiées dans un chapitre d'ensemble; progressivement, le nombre des cas observés s'étant multipliés, on a dû diviser la question et étudier d'une part les hernies des organes médians (utérus) (Brunner, *Beitr. Z. Klin. Chir.*, 1889), et d'autre part, les hernies des annexes. Ces dernières elles-mêmes doivent être divisées en deux grandes variétés: les hernies des annexes complètes, c'est-à-dire intéressant à la fois et la trompe et l'ovaire, et les hernies de la trompe seule.

Or, tandis que la trompe unie à l'ovaire paraît présenter pour le trajet inguinal une prédilection spéciale (Macready sur 174 cas n'a jamais rencontré d'autres variétés), la trompe herniée seule serait plus éclectique dans la diversité de ses déplacements ectopiques.

On peut donc, parmi les hernies de la trompe, distinguer, suivant leur siège anatomique, les variétés inguinales, crurales ou obturatrices.

Le mécanisme même du déplacement étant différent, suivant le genre de hernie tubaire que l'on considère, nous limiterons notre étude au déplacement de la trompe au travers du canal inguinal, déplacement dont l'étude aujourd'hui peut être basée sur un nombre de cas suffisants pour en préciser les dispositions anatomiques et les facteurs pathogéniques.

C'est d'ailleurs, au niveau du canal inguinal chez la femme que l'organe hernié se présente le plus superficiellement à l'exploration clinique et manifeste sa symptomatologie la plus nette.

C'est donc parmi les hernies inguinales que l'on devra assurément ranger les quelques très rares observations dans lesquelles le diagnostic du contenu génital a pu être supposé avant l'acte opératoire.

Le diagnostic de ces lésions est en effet fort malaisé. heureusement la hernie de la trompe est justiciable de la thérapeutique courante des hernies inguinales avec quelques particularités de détail seulement que l'on a tout le loisir de réaliser au cours de l'acte chirurgical révélateur.

Nous étudierons donc successivement :

1° Après un court historique de la question, les dispositions anatomiques diverses que peut présenter la hernie tubaire;

2° Le mécanisme de cette hernie;

3° Ses caractères cliniques;

4° Enfin, les indications thérapeutiques à remplir en présence d'une hernie de la trompe.

Si, d'ailleurs, les hernies des organes génitaux de la

femme sont rares, leur observation serait cependant fort ancienne.

Soranus (d'Ephèse) aurait, d'après d'Arembourg, décrit en ces termes, vers l'an 97, de l'ère chrétienne, le premier cas connu :

« Chez cette femme il y eut pendant l'opération une chute du testicule par suite du relâchement des vaisseaux qui le retiennent et l'enveloppent avec lesquels le ligament suspenseur s'échappa aussi ».

Il faut arriver ensuite en 1716 pour trouver, avec le cas de Louis Léger un second exemple de hernie des annexes : la trompe ectopique présentant dans le sac herniaire une grossesse tubaire.

C'est en 1809 que paraît avoir été étudié par Voigt, le *premier cas* de hernie de la trompe utérine seule, sans que d'ailleurs le diagnostic entre la trompe et un appendice iléo-cœcal ait été posé de façon précise puisque Dezeimeris put mettre en doute l'authenticité de cas.

En réalité, le premier cas très net de hernie de la trompe signalé en France, date de 1834.

En 1889, parurent quelques observations isolées de hernie de la trompe par Shauller, Aubry, Dupont, Dolbeau, Féré, Lentz, Vogel.

La véritable étude d'ensemble fut faite par Lejars, en 1893, dans la *Revue de chirurgie* et d'après onze observations dont une personnelle, il trace l'histoire des hernies de la trompe.

En 1895, Henggener en publie deux cas.

Depuis ont paru divers mémoires, ceux de Gopel, Remedi, Morf, à l'étranger ; en France, les thèses de Schultz, Ivanoff, Garrigues. Dans le *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, le professeur Berger consacre un article aux hernies de la trompe.

Nous ne pouvons passer sous silence l'observation publiée par Jordan, en 1897, qui rapporte un cas de grossesse tubaire développée dans un sac herniaire.

En résumé, bien que les hernies tubaires soient rares à cause de la difficulté du diagnostic, elles sont mieux connues de nos jours, grâce aux progrès de la chirurgie qui font de la cure radicale de la hernie une opération courante.

En juin 1919, il nous a été donné d'observer, dans le service de M. le professeur Forgue, un cas de hernie tubaire opéré par le docteur Chauvin, dont nous reproduisons l'observation détaillée à la fin de ce travail.

C'est l'étude attentive de ce cas clinique qui nous a suggéré l'idée de cette thèse.

CONSIDERATIONS ANATOMIQUES

Les trompes de Fallope sont les conduits excréteurs des ovaires; elles sont logées dans l'aileron moyen du ligament large et sont situées sur les côtés de l'utérus.

Leur extrémité externe est unie à l'ovaire par le ligament tubo-ovarien et leur extrémité interne se continue avec l'utérus.

Ce sont là leurs moyens de fixité.

Mais ces attaches présentent une laxité évidente qui permet à la trompe, même normale, une mobilité déjà assez grande.

Cette mobilité s'exagérera sous l'influence de diverses causes, telles que la grossesse, la dilatation de la vessie ou la compression intestinale.

Mais, à côté de ces déplacements de peu d'importance, il peut y avoir une migration de la trompe hors d'un des orifices de la paroi abdominale (canal inguinal, crural, obturateur).

C'est alors la hernie vraie de la trompe.

Ces hernies de la trompe seule sans l'ovaire sont rares. Garrigues a pu réunir, en 1904, 43 observations de hernies tubaires dont 21 inguinales.

Parmi ces dernières, onze étaient des hernies droites et dix des hernies gauches. C'est parmi ces dernières que se place notre propre observation.

Dans le sac, la trompe peut se présenter sous deux aspects fort différents dont nous verrons l'importance à propos du traitement.

Dans un premier groupe de cas, elle est absolument libre vis-à-vis de la séreuse sacculaire; tout au plus quelques adhérences inflammatoires peuvent-elles l'unir à la paroi, d'ailleurs toujours assez lâche.

Elle flotte, libre, appendue à l'extrémité de l'aileron moyen du ligament large allongé en méso. Et, suivant qu'elle s'est engagée par son sommet ou par sa partie moyenne, on observe le pavillon et une partie de l'ampoule rattachée à la profondeur, à travers le collet, par un méso qui rappelle celui de l'appendice, ou bien l'isthme et l'ampoule, incurvés en boucle et fixés à un méso qui rappelle absolument celui d'une anse intestinale.

Dans un second groupe de faits, la trompe, au contraire, est intimément unie à la paroi sacculaire et notre observation en fournit un bel exemple.

Le mésosalpynx, au lieu de disparaître à travers le trajet inguinal, s'implante au contraire sur le sac lui-même et l'organe se trouve ainsi fixé par des adhérences charnues naturelles plus ou moins larges, plus ou moins allongées suivant les cas.

Le salpynx est fixé dans le sac absolument comme il l'était dans la cavité pelvienne.

Cette division des hernies tubaires en deux grandes variétés, suivant que le salpynx est libre ou fixé au sac par un méso, nous paraît fondamentale et les auteurs jusqu'à ce jour ne semblent pas y avoir suffisamment insisté.

Nous verrons qu'à ces deux variétés s'appliquent des explications pathogéniques et une technique opératoire absolument différentes.

Un intérêt bien moindre s'attache à l'étude des lésions

que peut présenter la trompe elle-même. Dans un sac herniaire tout aussi bien que dans l'abdomen, elle peut être atteinte par tous les processus pathologiques ordinaires.

On pourrait même supposer *a priori* que sa situation anormale dans une hernie l'exposerait à des pincements divers, à des tiraillements, à des coups durs y favorisant la stase, l'irritation et l'infection. Pratiquement cependant, la trompe ectopique fut rarement trouvée malade, dans les hernies inguinales, tout au moins, que nous avons particulièrement en vue. La trompe, dans notre observation personnelle, était absolument normale, anatomiquement tout au moins, et la malade n'avait d'ailleurs jamais accusé aucun trouble génital.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Dans le jeune âge, on trouve fréquemment chez l'enfant un point faible de la paroi abdominale dû à la persistance du canal de Nüek.

Cette prédisposition peut se rencontrer chez l'adulte et dans les deux cas on est en présence d'une hernie inguinale congénitale de la trompe de Fallope.

La plupart des cas signalés de hernies tubaires ont été observés chez des adultes et sont presque toujours des hernies acquises.

Pour se produire, la hernie exige deux ordres de causes : les unes prédisposantes, les autres occasionnelles.

Les causes prédisposantes dépendant du relâchement de la paroi abdominale, telles que, âge et grossesse principalement, sont communes à toutes les hernies ; nous n'y insisterons pas.

Plus intéressantes sont les causes qui dépendent de la trompe elle-même, comme son extrême mobilité occasionnée par sa situation et ses rapports.

Nous avons déjà vu quels sont les moyens de fixité de la trompe : les deux feuillets du ligament large qui l'entourent, sa continuité avec l'utérus et le ligament tubo-ovarien.

Ces moyens de fixité laissent à la trompe une grande mobilité et lui permettront de suivre, soit par des causes phy-

siologiques, soit par des causes pathologiques, les diverses pérégrinations de l'ovaire.

La grossesse relâche, de façon toute particulière, ces liens déjà peu serrés, et ceci explique pourquoi la plupart du temps ces hernies ont été observées après des accouchements.

Sous quelle influence et par quel mécanisme la trompe, ordinairement fixée dans la fosse iliaque, peut-elle s'engager dans le canal inguinal?

C'est là la question intéressante. Peu importe la pathogénie de la hernie elle-même; c'est l'introduction du salpynx dans cette hernie qui nous pose la seule question à résoudre.

Anatomiquement, nous l'avons vu, il est deux variétés de hernies tubaires: la hernie à trompe libre, la hernie à trompe fixée par des adhérences charnues naturelles.

A ces deux variétés anatomiques correspondent, comme nous l'avons déjà fait voir, deux variétés pathogéniques:

1° Quand la trompe est libre dans le sac, rattachée simplement à la profondeur par le pédicule de son méso étiré, on se trouve en présence d'une hernie que nous appellerons par « bascule ». Sous une influence quelconque ou plutôt sous diverses influences combinées, la trompe est venue se présenter à l'orifice interne du canal inguinal: toutes les causes de relâchement que nous avons passées en revue, interviennent pour permettre cette élévation de l'organe et cette translation en avant.

Probablement comme le dit Lejars, le « déplacement mécanique » de la trompe à la suite de l'utérus y prend-il une part prépondérante. Par suite de la présence d'un corps fibreux dans l'utérus, on comprend que le fond de la matrice se surélève et bascule en avant et avec elle la trompe.

Le salpynx s'étant mis en rapport avec l'orifice interne du canal inguinal, le phénomène essentiel est produit; son engagement dans le canal sous l'influence d'un effort quelconque n'est plus qu'un fait minime, sans importance pathogénique: la trompe ectopique déjà mal fixée par des ligaments relâchés, pénètre dans la hernie comme tout organe mobile qui se présente à son entrée.

L'étirement progressif de son méso, constitué par l'aileron moyen du ligament large, lui permet d'y progresser de plus en plus profondément.

2° Quand la trompe se trouve fixée à la paroi du sac par des adhérences charnues naturelles, le mécanisme est tout autre et on se trouvera en présence d'une hernie que nous appellerons par « glissement ». Ici c'est le péritoine pariétal du bassin qui a glissé et s'est engagé dans le trajet inguinal entraînant avec lui les organes qu'il contenait dans ses replis et parmi lesquels la trompe évidemment se présente la première. Le salpynx ne s'est plus engagé secondairement dans un sac herniaire préformé, il a été entraîné primitivement avec le sac lui-même au moment où il prenait naissance et dont il fait en quelque sorte partie intégrante.

Plus n'est besoin, pour expliquer cette variété de hernie de faire jouer un rôle important au relâchement des moyens de fixité de l'organe. La trompe garde ses rapports avec ses points d'attache, elle se déplace en entraînant ses moyens de fixité eux-mêmes.

Tout le plan pelvien a glissé comme dans les hernies semblables du cæcum glisse le péritoine iliaque. La trompe est fixée à la paroi du sac comme elle était fixée au plancher pelvien; le ligament large s'implante dans la hernie comme il s'implantait dans le pelvis plus ou moins déplissé en

ses feuillets par les tiraillements, subis, mais conservant en somme sa disposition type.

L'adiposité du sujet faisant reposer le péritoine sur un plan particulièrement glissant doit être encore un facteur prédisposant de toute premier ordre. Il n'en faut pas cependant exagérer l'importance. Notre malade ne présentait aucun embonpoint particulier et, chose remarquable, présentait même une musculature abdominale solide.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

La hernie de la trompe se présente avec les caractères de la hernie de la région à laquelle elle appartient; elle est tantôt réductible, tantôt irréductible. La palpation fait reconnaître une tumeur d'aspect variable, dont la grosseur est souvent comparée à celle d'un œuf de poule. On note quelquefois la présence d'un pédicule qui relie la tumeur à la face profonde de la paroi abdominale. Cette tumeur est souvent douloureuse, tantôt spontanément, tantôt à la pression et peut s'accompagner de douleurs vagues dans l'abdomen.

Cette hernie de la trompe seule est d'un diagnostic très difficile par le manque de symptômes vraiment spécifiques; la trompe étant un organe trop petit pour être nettement perçu à travers les différentes couches qui constituent les enveloppes de la hernie.

Quant aux vomissements dont on a voulu faire un signe, aux douleurs qui accompagneraient les périodes menstruelles, ils peuvent exister ou non. Il en est de même de la constipation, tantôt absente, tantôt présente comme on pourra s'en rendre compte par les observations et qui n'a elle non plus aucun caractère pathognomonique.

D'après Kousmine et Wiart, la déviation de l'utérus vers le côté de la hernie ou son antéflexion peut avoir quelque importance pour le diagnostic; mais tout cela semble problématique pour mettre sur la voie d'une certitude.

Toutefois Villard a pu diagnostiquer une hernie de la trompe par le toucher vaginal et la palpation bimanuelle. Il constata que l'utérus basculé à gauche venait appliquer sa corne gauche contre l'orifice interne du canal inguinal et il perçut le pédicule tubaire s'engageant dans le canal inguinal.

Cette méthode d'exploration, trop souvent négligée, pourrait plus fréquemment amener au diagnostic de hernie tubaire.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic de cette affection ne sera donc fait d'une façon ferme que lorsque l'organe apparaîtra aux yeux du chirurgien après ouverture du sac herniaire.

Et encore, il peut y avoir place au doute parce que même au cours de l'opération le pavillon pourra être confondu avec une frange épiploïque.

COMPLICATIONS

Des complications peuvent survenir au cours de la hernie de la trompe, complications qui peuvent présenter toujours une certaine gravité et qui sont sous la dépendance des deux circonstances suivantes :

1° Etranglement s'accompagnant du processus symptomatique commun à tous les étranglements herniaires ;

2° Infection par suppuration du sac et accidents de péritonite consécutive.

Il faut signaler également la grossesse ectopique dans la trompe herniée.

Nous avons déjà vu que le diagnostic de la hernie tubaire simple était difficile, à plus forte raison sera-t-il fort malaisé d'en diagnostiquer les complications.

Par ailleurs, l'importance du diagnostic est relative puisque en présence d'accidents d'étranglement ou d'infection péritonéale de quelque nature qu'ils soient, le chirurgien n'a pas d'autre ligne de conduite que l'intervention hâtive.

PRONOSTIC

Une hernie ne peut pas, du fait qu'elle contient la trompe, présenter une gravité particulière et le pronostic des hernies tubaires serait en somme celui des hernies en général.

Tout au plus peut-on remarquer que des phénomènes douloureux, peut-être un peu plus accentués (comme dans notre cas personnel), conduisent plus fréquemment et plus rapidement la malade à l'opération.

C'est au cours de l'acte chirurgical lui-même, que la présence de la trompe dans une hernie serait plus intéressante au point de vue pronostic.

Il faut reconnaître l'organe et ne point l'extirper inutilement surtout chez la femme jeune en le prenant pour un appendice épiploïque ainsi qu'il advint à certains auteurs.

Cette inutilité de l'ablation d'une trompe saine, nous paraît le seul facteur spécial de gravité des hernies tubaires.

TRAITEMENT

En supposant qu'on ait fait cliniquement le diagnostic de hernie de la trompe, il faudrait recourir à un traitement chirurgical qui aurait l'avantage de débarrasser la malade d'une affection gênante et douloureuse et de prévenir des accidents dont nous avons fait mention au chapitre « Complications ».

Cependant, dans la plupart des cas, le diagnostic exact, comme nous l'avons déjà vu, n'aura été fait qu'après ouverture du sac.

Dans ces cas qui seront de beaucoup les plus nombreux, la conduite du chirurgien sera subordonnée à l'état anatomique du viscère hernié.

Si la trompe est malade et présente des phénomènes de sphacèle ou de suppuration, la réduction ne doit pas être tentée.

Réduire serait « enfermer le loup dans la bergerie » et exalter dans un vase clos la virulence de germes pathogènes déjà existants.

Il sera donc dans ce cas absolument indiqué de sacrifier l'organe hernié et de terminer l'opération par une cure radicale soignée.

Lorsque la trompe est saine, la conservation s'impose avec d'autant plus de rigueur que la femme est plus jeune, il faut donc réduire l'organe hernié.

La technique de cette réduction sera fort différente suivant les cas et la variété de hernies auxquelles on aura affaire. Dans les cas de hernies par bascule de la trompe, la laxité de l'aileron moyen du ligament large a permis à l'organe de s'engager à travers le collet d'une hernie préformée, aucune adhérence ne le fixe à la paroi sauf parfois quelques adhérences inflammatoires toujours faciles à dissocier. Il se trouve à l'intérieur du sac appendu à son méso, libre et mobile comme une anse intestinale appendue au mésentère.

Il suffira de le réintégrer dans la cavité abdominale comme on y réintègre couramment l'anse herniée. Aucune difficulté dans ce cas, le sac sera ensuite réséqué après dissection et ligaturé aussi haut que possible, la paroi refaite soigneusement par un procédé quelconque de cure radicale.

Les choses changent lorsqu'on se trouve en présence d'une hernie par glissement.

Ici la trompe est intimément, solidement unie à la paroi par des adhérences charnues naturelles; impossible de disséquer ces adhérences et de libérer la trompe qui fait partie intégrante du sac. La question se pose pour les hernies par glissement de la trompe, absolument comme pour la hernie par glissement du cæcum: l'organe normalement pelvien n'est pas sorti par un orifice préformé. Il a suivi dans son déplacement le péritoine qui glissait sur un plan adipeux. Avec lui faisant corps avec lui, il a traversé le canal inguinal. Il ne peut le retourner en sens inverse que de la même façon par glissement de toute la paroi séreuse sacculaire.

Il faut donc, en ce cas, disséquer le sac de façon à le mobiliser au maximum et le plus tard possible.

Dans cette dissection, il faut veiller à ne pas blesser les vaisseaux abondants et fragiles qui se trouvent dans l'aileron ectopique. Il faut disséquer ici comme si chez l'homme

on voulait isoler, non plus le sac du cordon, mais séparer à la fois cordon et sac de la paroi profonde. Cet isolement est en général assez aisé.

Ensuite, on refermera le sac par un surjet au catgut dont les fils conservés pourront servir à fixer, suivant la technique de Barker les organes génitaux sur la paroi abdominale. L'ensemble, sac herniaire et trompe, sera réduit à travers le canal inguinal.

Les choses étant de la sorte remises en état, la trompe remplacée dans la cavité abdominale, le péritoine pariétal refermé, il ne restera qu'à reconstituer une paroi. C'est là une technique banale et qui n'offre, dans les cas qui nous occupent, aucune particularité.

CONCLUSIONS

A. — Les hernies de la trompe seule, non accompagnée par l'ovaire à travers le canal inguinal sont rares.

B. — Il existe deux variétés de hernies tubaires dont la distinction est à tout point de vue essentielle.

I. Les hernies par bascule, dans lesquelles la trompe se trouve libre à l'intérieur du sac, appendice à l'aileron du ligament large distendu sous forme de méso.

La laxité variable du moyen de fixité paraît jouer dans la production de ces hernies le rôle essentiel, permettant à la trompe de se présenter au collet d'une hernie persistante et de s'y engager sous l'influence d'une poussée quelconque.

Dans ces cas, la réduction de l'organe, lors de la cure radicale, n'offre aucune difficulté spéciale.

II. Les hernies par glissement dans lesquelles le péritoine pelvien a contribué lui-même au glissement, à la formation du sac et a entraîné avec lui la trompe qu'il renferme en ses replis.

Le salpynx se trouve alors fixé à la paroi du sac par des adhérences charnues naturelles qu'il est impossible de rompre.

Lors de l'acte chirurgical, la réduction ne pourra être effectuée qu'en masse, péritoine et trompe referont en sens inverse le chemin parcouru.

C. — La symptomatologie des hernies inguinales de la trompe est obscure et le diagnostic en est fort malaisé; il n'a été fait avant l'intervention qu'une fois.

Il peut même être méconnu au cours de l'acte chirurgical.

D. — Le pronostic de hernie de la trompe ne paraît présenter aucune particulière gravité si ce n'est en exposant l'organe au cours du traitement opératoire à des blessures ou à l'avulsion par erreur.

E. — Le traitement doit être autant que possible conservateur, surtout chez la femme jeune. La trompe doit être réintégrée dans l'abdomen puis la paroi refaite comme pour la cure radicale d'une hernie ordinaire.

Seule, une trompe malade sera extirpée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Due à l'obligeance de M. le docteur Chauvin).

R. P..., âgée de 24 ans, entre dans le service de M. le professeur Forgue, le 17 juin 1919, pour hernie inguinale gauche douloureuse.

La malade prétend avoir toujours présenté dans la région inguinale gauche cette hernie qui serait devenue douloureuse depuis trois mois environ. Au début, il s'agissait d'une simple sensation de gêne, de tension, qui peu à peu a pris les caractères d'une douleur vraie, douleur sourde apparaissant le soir et se prolongeant plus ou moins avant dans la nuit, gênant le sommeil.

Actuellement, cette douleur persiste et paraît s'accroître progressivement comme intensité. Nulle le matin au réveil, elle apparaît progressivement dans la journée, et présente le soir son maximum d'intensité; elle serait d'autant plus vive que la malade exerçant la profession de couturière, se serait anormalement plus fatiguée dans la journée. Le repos au lit la calme lentement. Elle disparaît dans la nuit. Cette douleur siégeant dans la fosse iliaque gauche, présente parfois, à ses moments d'intensité maxima, des ir-

radiations dans les reins et la région lombaire. Ces douleurs sont constituées surtout par une sensation sourde de tension pénible de pesanteur.

A l'interrogatoire, nous ne découvrons rien de particulier du côté des divers appareils. Seul l'appareil génital présente quelques symptômes intéressants à noter. Les règles sont normales comme régularité. Elle durent en général deux jours et sont d'abondance moyenne; mais, pendant la première journée, elles sont douloureuses, d'ailleurs peu vives, siégeant dans la fosse iliaque gauche et paraissant se confondre avec une exacerbation des phénomènes douloureux herniaires. Pas de pertes blanches; pas de pertes rouges en dehors des règles. La malade nous dit n'avoir pas eu d'enfants.

L'appétit est bon, la digestion normale, les selles régulières avec constipation légère. Pas de toux, ni d'expectoration. Pas de palpitations, de dyspnée d'effort, ni d'œdème. Mictions régulières et normales. Rien du côté du système nerveux.

La malade a été réglée à 14 ans; n'a jamais eu d'enfants, ni de grossesse. Pas de maladie intéressante, sauf les affections de l'enfance: coqueluche et rougeole. Rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents personnels: père et mère encore vivants et bien portants.

Un premier examen, pratiqué le jour de l'entrée de la malade, ne nous permet pas d'apercevoir la hernie, ordinairement peu volumineuse et, à ce moment, spontanément réduite. Nous devons faire marcher la malade; et ce n'est qu'après une marche de trois quarts d'heure environ que la hernie devient appréciable à l'examen. Il s'agit d'une petite hernie inguinale gauche, absolument banale dans ses caractères physiques: petite tumeur oblongue, siégeant au niveau de l'orifice externe du canal inguinal dans lequel elle

se prolonge par un pédicule nettement appréciable. Régulière de surface, molle, pâteuse comme consistance, très aisément réductible, ne se reproduisant pas sous l'influence de la toux seule, mais seulement après une marche prolongée. Elle ne donne, à la palpation, aucune sensation particulière; elle paraît de consistance homogène et elle est mate à la palpation.

Notre diagnostic est: épiplocèle inguinale gauche, non adhérente.

A cause des douleurs qui accompagnent le début des règles, nous pratiquons le toucher vaginal; la malade ne paraît plus vierge. Le vagin est normal. Le col est petit, régulier, fusiforme, dur; à type un peu infantile. Le corps utérin, facilement palpable est de volume normal et indolore, sans déviation de sa statique ordinaire. Les culs-de-sac sont souples et indolores. Les annexes paraissent normales.

Le 20 juin 1919, intervention sous-anesthésie générale à l'éther goutte à goutte. Incision ordinaire, parallèle à l'arcade crurale, des téguments, puis de l'aponévrose du grand oblique. Le sac, petit, mais aisément découvert est incisé, puis disséqué et ceci sans difficulté. C'est après avoir ouvert le sac péritonéal largement pour en explorer le contenu, et après avoir réduit l'épiploon qui l'emplissait que nous avons remarqué sur sa paroi profonde un organe arrondi et allongé fixé par un court méso. En l'attirant, nous avons extériorisé le pavillon aisément identifiable à cause de ses franges. Nous nous trouvions donc en présence de la trompe ectopique.

Cette trompe décrivait à l'intérieur du sac, une anse à convexité inférieure. Son extrémité utérine plongeait dans la cavité abdominale, et il nous a été impossible de l'attirer suffisamment pour la pouvoir examiner en totalité. Son extrémité abdominale, par contre pouvait être extériorisée

par traction et la facilité avec laquelle on pouvait l'attirer au dehors permet de supposer que le soir, lorsque la hernie atteignait son volume maximum, elle faisait partie du contenu herniaire.

La trompe n'est pas libre dans le sac, mais elle se trouve sur toute sa longueur rattachée à la paroi du sac par un court méso. Tandis qu'à sa partie moyenne ce méso, relativement bien développé lui permet une certaine mobilité, il se raccourcit aux deux extrémités pour appliquer intimement l'organe à la paroi péritonéale. Ce méso indéniablement représente l'aileron moyen du ligament large, qui, par glissement de sa base s'est trouvé extériorisé en entraînant avec lui la trompe de Fallope. Le doigt plongeant dans la cavité pelvienne, trouve, accolé à la paroi, en situation sensiblement normale, un ovaire qui ne paraît présenter en son volume, en sa consistance et en sa forme, aucune particularité. Pour trouver la glande génitale, il est aisé de se guider sur le ligament tubo-ovarien que l'on tend en attirant la trompe herniée.

L'examen ne permet de révéler sur la trompe aucune lésion appréciable; le volume en est normal, la coloration rosée, sans vascularisation excessive. Les franges du pavillon sont libres et souples. Il faut donc conserver sur cette femme jeune, l'organe normal.

Le sac étant largement disséqué jusque à son collet, toute sa portion antérieure, indépendante de la trompe est réséquée. Nous ne respectons que des lambeaux suffisants pour en permettre la fermeture sans que le surjet au catgut exerce sur la trompe aucune constriction. Les extrémités de ce surjet sont fixées suivant la technique de Barker, aussi bas et aussi en dehors que possible à la face profonde de la paroi abdominale, de façon à rétablir la trompe dans sa position autant que possible normale.

Sac herniaire et trompe se trouvant ainsi réduits, nous pratiquons la réfection du canal inguinal d'après le procédé antéfuniculaire de notre maître M. le professeur Forgue. Suture aux crins des téguments.

Les suites opératoires sont parfaites, et le dixième jour, à l'ablation des fils nous constatons une réunion parfaite. Malheureusement, le lendemain de ce premier pansement, un œdème douloureux se manifeste dans le membre inférieur gauche. Il s'agit d'une phlébite post-opératoire d'ailleurs peu grave et d'évolution rapide; puisque le 19 juillet tout est rentré dans l'ordre et la malade peut être considérée comme guérie.

Nous nous sommes trouvés en présence d'une hernie de la trompe seule, par glissement. Variété rare dont Wiart, en 1899, paraît avoir rapporté un des premiers exemples.

OBSERVATION II

(Voigt)

Hernie inguinale de la trompe

(Obs. publiée en 1809 in Hufeland, *Journal der practischen Heilkunde*, n° 3, p. 139, rapportée par Dezeimeris, in l'*Expérience*, 1839, p. 219, traduite dans le mémoire de Lejars).

La femme d'un prédicateur de campagne, âgée de 36 ans, mère de six enfants, d'une bonne constitution, ressentit, à la suite d'un grand pas, le corps étant fortement incliné, dans la région inguinale droite, comme quelque chose qui s'échappait, et une tumeur se forma de la grosseur d'une aveline; elle jugea que c'était une hernie et elle chercha à la faire rentrer, ce à quoi elle réussit. Elle garda le silence sur cet accident, parce qu'il ne laissa nulle douleur à sa

suite, et parce que la tumeur put être réduite sans difficulté, chaque fois qu'elle reparut de nouveau; elle remarqua néanmoins que, depuis, elle éprouvait parfois des douleurs passagères dans l'abdomen. Un an plus tard, comme elle voulait enlever un objet assez lourd de dessus une large table, le corps étant fortement penché en avant, la tumeur reparut tout à coup. Elle fit d'inutiles tentatives pour la réduire; la tumeur devint sensible; son volume et les douleurs augmentèrent progressivement; il s'y joignit de la chaleur par tout le corps, de la soif, l'absence des selles et enfin des vomissements.

Ce ne fut que le dixième jour que je fus appelé... Je reconnus, dans la région inguinale droite, une tumeur d'environ six pouces de long, du volume du bras d'un petit enfant, d'une couleur bleue foncé, extrêmement douloureuse au toucher, et où je reconnus immédiatement de la fluctuation. J'ordonnai une saignée... et, sur la tumeur, une cataplasme émollient avec le lait. Le lendemain matin, j'appris que la tumeur s'était ouverte et que la malade se trouvait assez bien..., il s'écoulait de la tumeur un pus sanieux et très fétide, et, à mon grand étonnement, je vis un *corps tout noir, d'un demi-pouce de long, et du volume d'une plume à écrire, qui sortait de l'ouverture de la tumeur*, et que je ne pus examiner avec tout le soin nécessaire à cause des violentes douleurs que causaient mes recherches.

La journée se passa sans incident... Le lendemain, j'appris que, la veille au soir, la malade, en faisant les lotions, avait extrait de la plaie le corps noir dont j'ai parlé, je me rendis auprès d'elle, et elle me montra ce corps. Il était putréfié et d'une odeur insupportable, sa longueur était de quatre pouces, *son volume à peu près celui d'une plume à écrire, son tissu était dense, une de ses extrémités était frangée et il avait un canal par lequel on pouvait faire pas-*

ser un fil d'archal fin. D'après toutes les circonstances du cas et selon toute probabilité, ce corps était une trompe de Fallope. Au bout de quatorze jours, la plaie était complètement guérie, la femme était en parfaite santé, et aujourd'hui, après six mois écoulés, elle se porte parfaitement bien.

OBSERVATION III

(Scholler)

Hernie inguinale congénitale renfermant la trompe de Fallope.

Observation rapportée dans la *Gazette Médicale* de Paris, 1840, p. 509.

(Résumée).

Il s'agit d'une petite fille de 11 jours qui succomba à une inflammation gastro-intestinale. A l'autopsie, on constata qu'il existait, du côté droit, une hernie inguinale. La tumeur s'avancait jusqu'à la grande lèvre, et contenait *la trompe de Fallope*, qui était rouge et tuméfiée, mais nullement adhérente. Le ligament rond du même côté était plus court que l'autre; l'utérus était un peu déplacé, et son axe n'était pas parallèle à celui du corps.

OBSERVATION IV

Hernie de la trompe

(Dolbeau, Société anatomique, 1854, p. 72).

La malade qui a offert cette altération est entrée à l'hôpital il y a quelques semaines. Elle portait une tumeur dans la région inguinale, tumeur rouge, fluctuante, douloureuse, avec tous les signes d'un abcès dans le canal ingui-

nal. Le foyer a été incisé, il en est sorti du pus; mais quelques jours après, est survenue une péritonite intense due à une ouverture du sac dans l'abdomen. La malade a succombé rapidement. A l'autopsie, voici ce que l'on a pu constater:

Un foyer purulent, communiquant d'une part avec l'extérieur, d'autre part avec la cavité péritonéale; de plus, un kyste séreux, indépendant de cette poche. Ce kyste, incisé, a laissé écouler de la sérosité, et l'on a reconnu, ainsi qu'on a pu s'en assurer, que *cette poche était située dans la cavité de la trompe*. Ce kyste, de même que le foyer purulent, était placé dans le canal inguinal.

Après un examen attentif, on voit un sac herniaire dans lequel est placée la trompe: en dehors et en avant de ce sac, le ligament rond. C'est dans le sac herniaire qu'existe le foyer purulent. Quant à l'ovaire, il est resté dans l'abdomen, à l'ouverture du canal inguinal. Il y avait donc une hernie de la trompe avec un kyste séreux dans sa cavité; le tout, contenu dans un sac herniaire enflammé. Le foyer de suppuration, en s'ouvrant dans l'abdomen, a amené une péritonite rapidement mortelle.

OBSERVATION V

Hernie de la trompe utérine

(Dupont, de Lausanne; Société vaudoise de médecine, séance du 4 avril 1878.
In bull. de la Soc. médicale de la Suisse romande, 1878, p. 115-116).

M. Dupont (de Lausanne) rapporte le cas fort intéressant et fort rare d'une hernie de la trompe de Fallope. Il s'agissait d'une femme de 38 ans, d'intelligence bornée et qui ne put donner qu'une anamnèse douteuse. Elle portait une

tumeur du pli de l'aîne, simulant une hernie et recroquevil-
lée sur le ligament de Poupart; cette tumeur bilobée pré-
sente une fluctuation manifeste, mais n'offre, du reste, au-
cun signe d'étranglement. Quoique présentant une abon-
dance de plaques muqueuses sur l'anus et la vulve, la ma-
lade est enceinte de quatre à cinq mois. Une ponction explo-
ratrice amène un liquide jaune citron, en sorte que le dia-
gnostic suivant est posé: hernie rentrée dont le sac sub-
siste et a formé kyste.

L'opération est décidée. M. Dupont y procède avec toutes
les précautions d'usage dans la herniotomie, et arrive sur
une membrane extérieure formant sac, dont l'incision
donne écoulement à du liquide et laisse voir *un corps gros
comme le doigt, violet, présentant tous les caractères anatomi-
ques de la trompe de Fallope.*

L'opération s'est heureusement terminée par la réduc-
tion de la partie herniée et la malade est en pleine conva-
lescence actuellement, sans que l'opération qu'elle a subie
ait amené aucune suite fâcheuse pour sa grossesse.

OBSERVATION VI

Hernie inguinale droite congénitale de la trompe de Fallope.

(Ch. Féré. Etudes sur les orifices herniaires et sur les hernies abdominales des
nouveau-nés et des enfants à la mamelle. *La Revue mensuelle de médecine
et de chirurgie*, 1879, p. 571).

C. H., née le 4 décembre 1878, morte le 25.

Autopsie. — Canal de Nück oblitéré à gauche; à droite,
sac herniaire en avant du ligament rond et un peu en de-
hors, d'un centimètre de profondeur sur quatre millimètres
de large, contenant exclusivement *le pavillon de la trompe*,

qui offre de ce côté une longueur totale de 41 millimètres, tandis qu'elle n'en a que 37 à gauche. L'utérus est situé exactement sur la ligne médiane; l'ovaire occupe sa position normale et ne peut être amené jusqu'à l'orifice herniaire. A la palpation extérieure, il m'est impossible de sentir cette hernie; la trompe se réduit à la moindre pression, mais revient immédiatement après.

BIBLIOGRAPHIE

ABADIE et DUBOURG. — Etranglement herniaire d'une trompe de Fallope. Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, 10 juillet 1889.

BERGER (P.). — Article: hernies de la trompe, *in* Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, 2^e éd., t. 6, p. 396.

BRUNNER (C.). — Beitræge zur Klin. Chirurg., Bd 4, 1889, p. 52.

DOLBEAU. — Bulletins Soc. anat., 1854, p. 72.

DUPONT, de Lausanne. — Société vaudoise de médecine, séance du 4 avril 1878. *In* Bull. de la Soc. médicale de la Suisse romande, 1878, p. 115.

FÉRÉ (Ch.). — Etude sur les orifices herniaires, etc. Revue mensuelle de médecine et de chirurg., juillet, août, septembre, 1878-1879.

GARRIGUES (A.). — Les hernies de la trompe utérine. Thèse Paris, n° 182, 1904.

HEINE (K.). — Contribution à l'étude des hernies tubaires. Union médicale du Canada, t. 41, n° 11, 1^{er} novembre 1912.

HEINECK. — Hernias of the Fallopian tube. The Chicago medical recorder, t. 34, n° 11, 15 novembre 1912.

— Contribution à l'étude des hernies tubaires. Journal médical de Bruxelles, t. 17, n° 52, 26 décemb. 1912.

- HENGGELE (O.). — Statistische Ergebnisse von 276 incarcerirten Hernien, welche von 1881-94 in der Chirurgischen Klinik zu Zurich behandelt resp. openiert worden sind. Beiträge zur Klinischen Chirurgie, Bd 15, erstes Heft.
- IVANOFF (P.). — Hernie de la trompe de Fallope. Th. de Lille, 1902, n° 103.
- JABOULAY (M.). — Article Hernies. In *Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet*, t. 7, p. 812.
- JORDAN. — Fall von Ruptur eines Tubaren Fruchthackes in einer linkseitigen Leistenhernie. Münchener Medizinische Wochenschrift, 1897, n° 1, p. 7.
- KOUSHINE. — Tumeur volumineuse de la région iléo-fémorale gauche constituée par une hernie de la trompe utérine. Revue de chirurgie, 1895, p. 313.
- LAUNAY et WIART. — Bulletin Société anatomique, janvier 1897.
- LEJARS (F.). — Hernie inguinale de la trompe. Revue de chirurgie, 1893, p. 12.
- *Traité de chirurgie d'urgence.*
- LENTZ. — Gazette médicale de Strasbourg, n° 9, 1882.
- MARIANI (C.). — Ernia inguinale de la tromba fallopiana. Suppl. al Policl., Roma, 1901, 7, 385-387.
- MATTHEY. — Über Sogen Eingeklemmte Hernien der Adnexe. Beiträge zur Klinischen Chirurgie, t. 83, n° 2, mars 1913.
- MORF (P.-F.). — Hernia of the fallopian tube without hernia of the ovary. Annals surgery of Philadelphie, 1901, 33, 247-258.
- NOVÉ-JOSSERAND et RENDU. — Sur quatre cas de hernie congénitale de la trompe chez la petite fille. Archives provinciales de chirurgie, Paris, t. 22, n° 9, septembre 1913.

- PARRAR. — Hernia of the uterus and both Adriex with report of a case. Surgery gynecology and obstetrics, t. 17, n°5, novembre 1913.
- REMEDEI. — Sulle ernia della tromba uterina e delle trombe accessorie. Dess., édit., Cagliari, 1898.
- SANTORO. — Un caso di ernia annessiale strozzata. Archivio italiano di ginecologia, Naples, t. 17, n° 3, 31 mars 1914.
- SCHOLLER. — Hernie inguinale congénitale renfermant la trompe de Fallope. Neue Zeitschrift fur Geburtskunde. 8° vol., 2° cahier, obs. rapportée dans la Gazette médicale de Paris, 1840, p. 509.
- SCHULTZ. — Contribution à l'étude des hernies de la trompe de Fallope, sans hernie de l'ovaire. Th. Paris, 1898-99, n° 1.
- VILLARD. — Salpingite suppurée dans un sac herniaire; salpingites hautes; leur pathogénie. Bull. Société de chirurgie de Lyon, 1900, 3, 225-229.
- VOGEL (M.). — Die Tuba Fallopiiæ als einziger Inhalt einer Hernia Inguinalis. Centralblatt f. Gynæc., Leipzig, 1886, 10, 166.168.
- VOIGT. — Obs. publiée en 1809 in Hufeland Journal der Practischen Heilkunde, n° 3, p. 139, et rapportée Dezeimens, in l'Expérience, 1839, p. 219.
- WIART (P.). — Double hernie congénitale des trompes sans hernie de l'ovaire. Bull. Soc. anat., juillet 1898, p. 537.
- Hernie inguinale congénitale de la trompe gauche. Bull. Soc. anat., janvier 1899, p. 59.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 21 juillet 1919
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 21 juillet 1919.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets, et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



